

...../...../.....  
powiat rok złożenia nr wniosku

program likwidacji barier rok: 20.....

.....  
data

/wypełnia pracownik PCPR/

## WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
likwidacji barier architektonicznych /technicznych\* w miejscu zamieszkania osoby  
niepełnosprawnej w związku z jej indywidualnymi potrzebami**

### Wnioskodawca /osoba niepełnosprawna/

..... syn/córka.....  
imię i nazwisko imiona rodziców wnioskodawcy

seria i nr dowodu osobistego ..... wydany w dniu .....

przez..... nr PESEL .....

miejscowość .....ulica .....nr.....

/aktualny adres zamieszkania/

poczta .....powiat.....

województwo..... nr telefonu.....

konto bankowe: .....

### I. Niepełnosprawność – stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik zgodnie z orzeczeniem <sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

pierwsza grupa (znaczny stopień niepełnosprawności)	
druga grupa (umiarkowany stopień niepełnosprawności)	
trzecia grupa (lekki stopień niepełnosprawności)	
dziecko do 16 roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością	

### II. Rodzaje niepełnosprawności <sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika itp.	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się	
dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne	
pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

### III. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku/mieszkania

\* niepotrzebne skreślić

(<sup>1</sup>)proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*,  
wielorodzinny spółdzielczy\*

2. inny .....

3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na .....piętrze

4. przybliżony rok budowy .....

5. opis mieszkania: pokoje .....(podać liczbę), z kuchnią\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z wc\*, bez wc\*

6. łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*

7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*

8. inne informacje o obecnych warunkach mieszkaniowych /obecnie istniejące bariery dla osoby niepełnosprawnej/

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### IV. Zamieszkiwanie – wnioskodawca zamieszkuje (<sup>1</sup>)

\* niepotrzebne skreślić

(<sup>1</sup>)proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

samotnie		
Z rodziną		
W tym z osobami niepełnosprawnymi		
z osobami niespokrewnionymi		
w tym z osobami niepełnosprawnymi		

## V. Wnioskodawca i osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą \*\*

\* niepotrzebne skreślić

(1)proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwe zaznaczyć

Lp.	Osoba:Imię i Nazwisko	Pokrewieństwo	Dochód netto
1.		WNIOSKODAWCA	
2.			
3.			
4.			
5.			

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił .....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**\*\*Do najbliższej rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, zalicza się obok**

**Wnioskodawcy:**

- dzieci/rodziców Wnioskodawcy
- współmałżonka Wnioskodawcy
  - wnioskodawca pozostający w związku małżeńskim lub samotnie i zamieszkujący razem ze swoim rodzicami/dziećmi w przypadku prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego/ inne w przypadku prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego.

## VI. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy <sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

(1)proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwe zaznaczyć

czynny zawodowo lub prowadzący działalność gospodarczą	
młodzież powyżej 18 lat ucząca się lub studiująca	
Nie zatrudniony poszukujący pracy/bezrobotny (rencista)	
dzieci i młodzież do 18 lat	
nie zatrudniony nie zainteresowany podjęciem pracy (rencista/emeryt)	

## VII. Dotychczasowe korzystanie ze środków funduszu PFRON <sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwe zaznaczyć

Nie korzystanie z dofinansowania ze środków PFRON	
korzystanie – likwidacja barier architektonicznych (podać rok) .....	
korzystanie – likwidacja barier technicznych (podać rok) .....	
korzystanie – likwidacja barier w komunikowaniu się (podać rok) .....	
korzystanie na inne cele ustawowe (podać rok) .....	

## VIII. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy lub z innych źródeł<sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwe zaznaczyć

1. deklarowany udział własny Wnioskodawcy obowiązkowe co najmniej 5 % .....
2. deklarowany udział z innych źródeł niż PFRON (procentowo) .....

## IX. Inne dane informacyjne o Wnioskodawcy <sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwe zaznaczyć

a) wykształcenie

1. niepełne podstawowe

2. podstawowe

3. zawodowe

4. średnie ogólnokształcące

5. średnie zawodowe

6. policealne

7. wyższe

8. wyższe ze stopniem naukowym

b) rodzaj i źródło utrzymania

1. wynagrodzenie za pracę

2. przychody z działalności gospodarczej

3. renta stała/emerytura

4. renta okresowa

5. renta szkolna

6. zasiłek dla bezrobotnych

7. zasiłek socjalny

8. stypendium

9. alimenty/inne

## X. Cel likwidacji barier architektonicznych/technicznych\*

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwe zaznaczyć

.....

.....

.....

.....

**XI. Wykaz planowanych przedsięwzięć w ramach likwidacji barier architektonicznych/technicznych\*** (w załączeniu proszę przedstawić kosztorys przedwykonawczy planowanych przedsięwzięć)

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowanie -dofinansowanie do 95% wartości przedsięwzięcia**

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

.....(słownie).....

.....

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik\***

..... syn/córka.....  
imię i nazwisko ..... imiona rodziców .....

seria i nr dowodu osobistego ..... wydany w dniu.....

przez..... PESEL.....

miejscowość..... ulica..... nr.....

.....  
/aktualny adres zameldowania/

nr kodu.....pocztą.....powiat.....

województwo..... nr NIP.....telefon.....

ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem .....

postanowienie Sądu Rejonowego .....z dn. ....sygn. akt.....

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dn. ....repet. nr .....

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 §1 i §2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 97r., Nr 88, poz. 553) za zeznanie nieprawdy lub zatajeniu prawdy).

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Bielsku-Białej w celu realizacji procedury dofinansowania likwidacji barier architektonicznych/technicznych – ustawa o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz1271).

.....

**Podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego/Opiekuna/Pełnomocnika)**

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

.....  
.....  
.....

.....

data i podpis

## **Załączniki do wniosku**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności oraz trudności wnioskodawcy w poruszaniu się z uzasadnieniem potrzeby likwidacji barier architektonicznych/technicznych – oddzielny załącznik do wniosku, w załączeniu
4. Tytuł prawny do mieszkania/lokalu/nieruchomości w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych/technicznych (aktualny dokument na rok w którym składany jest wniosek – wyciąg z księgi wieczystej), wydruk z systemu elektronicznego
5. Kosztorys przedwykonawczy wstępny: obejmujący całość wykonywanych prac (koszt materiałów i robocizny)
6. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach)
7. Inne jeżeli będą potrzebne do udzielania dofinansowania

### **POUCZENIE**

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

### **Uwaga!**

**Prosimy o staranne i czytelne wypełnienie wniosku. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej oceny przedsięwzięcia i podjęcia właściwej decyzji. Proszę o wypełnienie wszystkie rubryki ewentualnie wpisać „Nie dotyczy” lub wstawić kreskę /-/. W przypadku gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr 1,2 .....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza. Przedkładający niniejszy wniosek zobowiązany jest do udostępnienia przedstawicielom PCPR pomieszczeń w których planowana jest likwidacja barier celem przeprowadzenia wizji w okresie przed przyznaniem dofinansowania. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie**

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....  
Data urodzenia (PESEL) .....

1. Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy)\*

dysfunkcja narządu ruchu z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika itp.	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się	
dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne	
pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, inny sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

3. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych/technicznych, trudności wnioskodawcy w poruszaniu się

.....  
.....  
.....  
.....

.....

(data)  
\* właściwe zaznaczyć

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)